

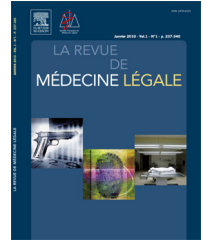


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Accélération du processus de vieillissement : une spécificité de l'évaluation du dommage corporel chez la personne âgée

Acceleration of the aging process: A specificity of personal injury assessment in the elderly

P. Sanchez^{a,*}, I. Chappelon^b, P.A. Peyron^{c,d}, S. Colomb^{c,d},
E. Baccino^{c,d}

^aDépartement de rhumatologie, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^bDépartement de psychiatrie, hôpital La Colombière, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^cDépartement de médecine légale, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

^dÉquipe de droit pénal et sciences forensiques de Montpellier (EDPFM), Université de Montpellier, CHU de Montpellier, Montpellier, France

Disponible sur Internet le 30 septembre 2022

MOTS CLÉS

Dommage corporel ;
Expertise ;
Personne âgée ;
Vieillesse

Résumé Ce travail part du constat que chez certaines personnes âgées, une agression extérieure même minime peut faire basculer certaines personnes dans la dépendance entraînant une discordance entre causes et effets, et un préjudice spécifique que nous appelons accélération du processus de vieillissement. Nous avons d'abord étudié dans la littérature ce qui était proposé pour que l'expert médical puisse prendre en compte la quantification de ce préjudice ; seul le barème du concours médical dans sa version de 1982 fournissait une amorce de solution en suggérant un taux de DFP spécifique de 10 à 30 %. Nous proposons dans cet article un moyen pratique de déterminer plus précisément le taux reflétant la gravité de l'accélération du processus de vieillissement. Nous en déduisons également un moyen de quantifier la tierce

* Auteur correspondant.

E-mail address: p-sanchez@chu-montpellier.fr (P. Sanchez).

personne imputable exclusivement à ce chef de préjudice spécifique. Ce travail préliminaire a pour principal objectif d'attirer l'attention et susciter le débat sur un problème appelé pour des raisons purement démographiques à devenir de plus en plus fréquent.

Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Physical injury;
Expertise;
Elderly person;
Aging

Summary This work is based on the observation that in certain elderly people, an external aggression, even minimal, can be the cause of a dependence, leading to a discrepancy between cause and effect, and a specific prejudice that we call acceleration of the aging process. We first studied in the literature what was proposed so that the medical expert could take into account the quantification of this prejudice; only the 1982 version of the medical course scale provided the beginnings of a solution by suggesting a specific PFD rate of 10 to 30%. In this study, we propose a practical way to determine more precisely the rate reflecting the severity of the acceleration of the aging process. We also derive a means of quantifying the third party attributable exclusively to this specific head of injury. The main purpose of this preliminary work is to draw attention to and stimulate debate on a problem that, for purely demographic reasons, is likely to become more and more frequent.

Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

L'espérance de vie a progressé d'environ trois années tous les dix ans en France au cours des dernières décennies : en 2020, elle est de 79,2 ans pour les hommes et de 85,2 ans pour les femmes. C'est pour les plus âgés que la progression est la plus rapide. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 20,5 % de la population en 2020, contre 20,1 % en 2019 et 19,7 % en 2018. Leur part a progressé de 4,7 points en vingt ans [1]. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, en 2040 plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus. Il est donc certain que l'expertise de la personne âgée sera un marché très porteur dans un avenir proche. Mais les progrès en ce domaine n'ont pas été que quantitatifs : les personnes dites « âgées », ou ceux que l'on ose encore parfois nommer les « vieux », conservent plus longtemps leur autonomie et leur qualité de vie avec pour corollaire la poursuite des activités personnelles et socio-culturelles les exposant aux mêmes risques d'accident que les personnes plus jeunes. La plupart d'entre eux n'en demeure pas moins plus fragile aux traumatismes et autres agressions extérieures qui sont susceptibles chez eux de précipiter la défaillance fonctionnelle voire aboutir à une véritable dépendance. Cette évolution « inattendue » vers la dépendance, qui serait totalement inenvisageable pour un sujet jeune subissant la même agression, définit d'après nous la personne âgée : celle qui se situe sur le « fil du rasoir » de l'autonomie et peut basculer au moindre impact. En l'absence de mort brutale (naturelle ou non), la dépendance est l'évolution normale du processus de vieillissement. Une agression extérieure aboutira au même état de dépendance (au même déficit fonctionnel permanent), mais de façon beaucoup plus rapide. C'est ce que l'on peut appeler une « accélération du processus de vieillissement ». Toutefois, de la même façon qu'il serait anormal de tout imputer à l'état antérieur (en l'occurrence ici le vieillissement), il serait également inacceptable que les chefs de préjudice considérables reflétant la dépendance de la victime soient imputés uniquement au fait causal ; c'est le but de cet article que de chercher une solution à ce dilemme. Pour être utile au régleur, ainsi qu'aux patients, il nous

semble nécessaire de proposer une solution quantifiable et barémique.

La personne âgée et ses spécificités expertales

Du vieillissement normal au pathologique : histoire naturelle de la dépendance

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la vieillesse est définie par un âge supérieur à 65 ans, ce qui semble donc être totalement inapproprié à notre problématique [2]. Le vieillissement est un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui modifient les fonctions et la structure de l'organisme à partir de l'âge mûr. Tout état pathologique est susceptible d'accélérer ce processus physiologique, précipitant ainsi l'apparition du décès. C'est dans cette situation que l'on parlera de vieillissement pathologique [3].

La physiologie du vieillissement a été décrite en 1984 par le Professeur Jean Pierre Bouchon qui a proposé une modélisation de ce dernier avec le « Modèle de Bouchon » (Fig. 1) [4]. Il illustre à la fois les concepts de fragilité du sujet âgé et l'effet du vieillissement et des événements intercurrents sur la fonction d'organe au fil du temps. Il est vulgairement appelé le modèle « 1 + 2 + 3 de Bouchon ». Le « 1 » représente les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles dites d'organe sans jamais entraîner à eux seuls de décompensation ou « d'insuffisance ». Le « 2 » représente la présence d'une maladie chronique altérant d'autant plus rapidement cette fonction. Le « 3 » représente les affections aiguës, facteurs de décompensation qui peuvent entraîner le décès du patient ou non. Ce schéma illustre également le fait que les conséquences d'un facteur de décompensation dépendent beaucoup de la réserve fonctionnelle restante qui est indexée sur l'âge mais aussi sur la gravité de la maladie chronique dont souffre le sujet.

Cette notion de réserve fonctionnelle caractérisée par la fonction d'organe dans le modèle a été ultérieurement affinée par le concept des capacités intrinsèques issu de

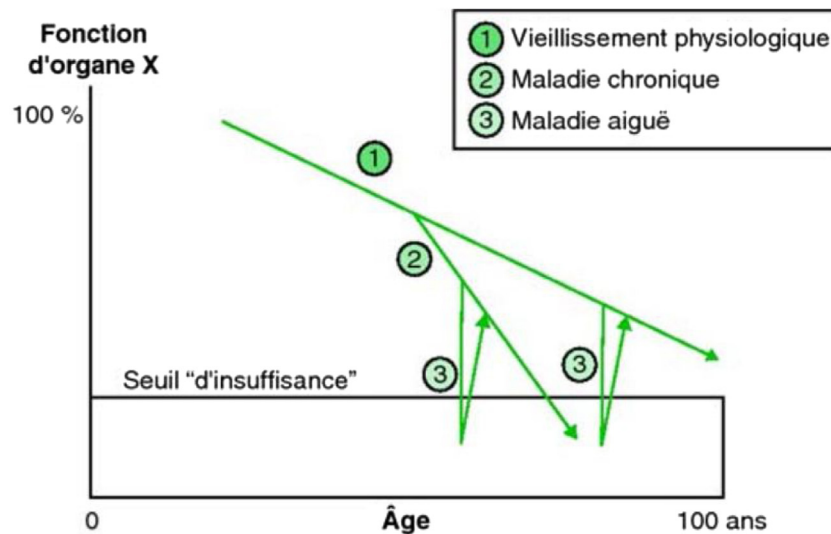


Figure 1 Modèle 1 + 2 + 3 de Bouchon.

l'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport mondial sur le vieillissement et la santé [5]. Ce rapport définit le « Vieillissement en bonne santé » comme étant le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être. (Fig. 2). Les aptitudes fonctionnelles incluent les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant. Elles sont constituées des capacités intrinsèques de l'individu, des caractéristiques pertinentes de l'environnement, et des interactions entre l'individu et ces caractéristiques. Les capacités intrinsèques sont définies comme l'ensemble de toutes les capacités physiques et mentales d'un individu.

On peut ainsi appréhender la notion de vieillissement comme la diminution progressive, lente et physiologique des capacités intrinsèques d'un individu avec l'âge, entraînant une diminution des capacités fonctionnelles avec l'existence éventuelle de déficiences en lien avec des pathologies d'organes [6]. Cette baisse des capacités peut conduire à elle seule à un état de vulnérabilité ou de fragilité, voire, en l'absence d'intervention, à un état de dépendance (Fig. 3).

L'évolution des connaissances sur le vieillissement depuis le modèle de Bouchon a ainsi permis de distinguer quatre « types » de personne âgée : la robuste représentant la majorité, la pré-fragile et fragile dont l'état est accessible au dépistage, et la dépendante, définie comme une personne dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs actes de la vie courante sans avoir recours à une aide technique ou humaine. Le passage des états de robustesse à celui de pré-fragilité et de fragilité est potentiellement réversible, car accessible à des mesures thérapeutiques centrées sur les déterminants de la fragilité, en particulier la prise en charge des composantes nutritionnelle, psychique, sociale, thérapeutique et le maintien d'une activité physique. Il est donc important de prévenir la perte des capacités intrinsèques qui apparaît tôt dans les stades du vieillissement, et la monitorer au-delà de 70 ans. D'un point de vue purement expertal, la prévalence de la catégorie « fragile » étant d'environ 40 % dans la population française, l'expert se doit de connaître les principes de base la définissant et les principaux outils permettant de l'identifier et la quantifier.

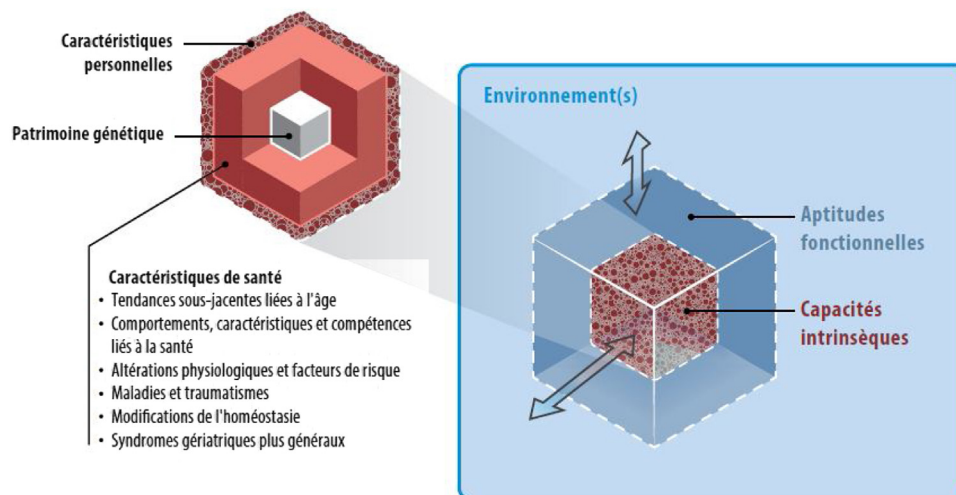


Figure 2 Vieillir en bonne santé selon l'Organisation mondiale de la santé [5].

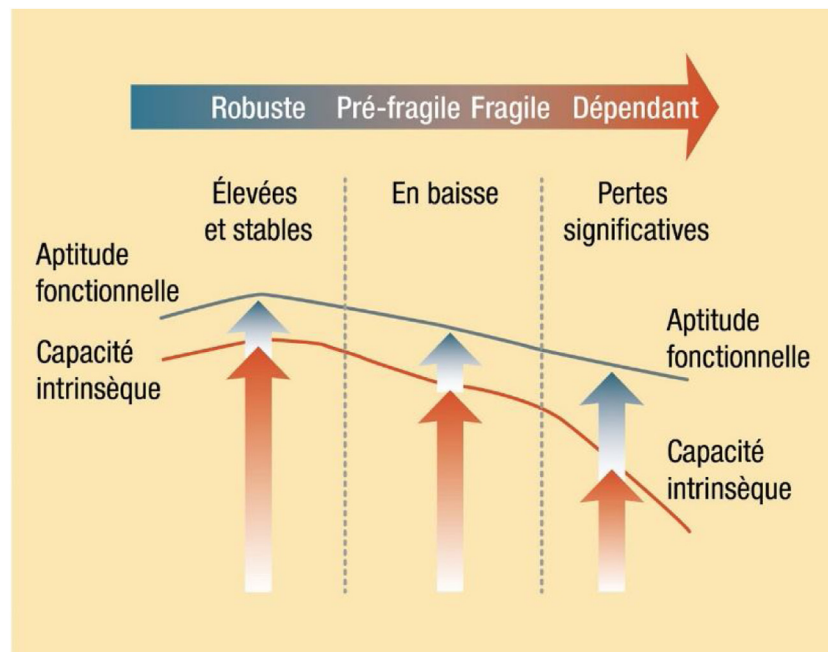


Figure 3 Évolution de la capacité intrinsèque au cours de la vie selon l'Organisation mondiale de la santé [5].

Reconnaître les fragilités de la personne âgée : un enjeu expertal

La fragilité de la personne âgée demeure un problème de santé publique, toutefois il n'existe pas de définition consensuelle. La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. "Le syndrome de fragilité" est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible* » [7]. Le docteur Linda Fried, dans son approche phénotypique de la fragilité, reconnaît « *un état potentiel de "vulnérabilité" [...] distinct de la pluri pathologie [...], distinct des incapacités à accomplir les activités de la vie quotidienne* » pouvant être mis en évidence par l'association d'au moins trois critères parmi cinq proposés (perte non intentionnelle de poids > 4,5 kg dans l'année précédente, épuisement rapporté par le patient, faiblesse mesurée par la force de préhension, vitesse de marche ralentie et bas niveau d'activité physique) [8]. Il s'agit donc d'un concept fondé sur l'état de santé global et non seulement sur une approche des pathologies et de la dépendance. Ainsi, certaines personnes âgées sont fonctionnellement indépendantes, ont des fonctions cognitives apparemment correctes mais peuvent être considérées comme fragiles. C'est le cas de nombreux sujets

souffrant d'insuffisances d'organes telles que cardiaque ou respiratoire.

Plusieurs « outils existent pour quantifier cet état de fragilité » et évaluer le degré d'autonomie, bien décrits par l'équipe de Briand et al. [6], le but étant pour l'expert de pouvoir affirmer formellement l'existence d'un état antérieur et décrire le cas échéant les conditions d'existence antérieures à l'accident. Ces tests, validés par la Haute Autorité de Santé, ont l'avantage d'être relativement accessibles, également rapides à réaliser et simples d'utilisation. Il s'agit d'une part de l'échelle des activités de la vie quotidienne (acronyme anglais ADL) ou échelle de Katz « prédictive du risque de morbi-mortalité » [9]. Elle comprend 6 items qui sont : soins corporels, habillage, toilette, transfert, continence et alimentation. Le caractère indépendant de la personne est retenu alors même qu'il nécessite l'utilisation d'une aide technique (canne, fauteuil roulant, déambulateur), c'est l'intervention d'une tierce personne qui la classe dépendante dans tous les items sauf la continence. Cette échelle a donc comme défaut de ne pas prendre en compte la locomotion dans l'évaluation de l'autonomie, une personne âgée se déplaçant sans aucune aide technique n'est pas différenciée de celle utilisant un fauteuil roulant pour réaliser les 6 items. Un score de 6 correspond à l'autonomie et un score < 3 correspond à un état de dépendance. Une autre limite est que 20 % des patients ne peuvent être classés. Par ailleurs, l'expert pourra s'aider de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (acronyme anglais IADL) ou test de Lawton pour « évaluer les activités courantes de la vie quotidienne » qui nécessitent une utilisation des fonctions cognitives dites instrumentales (par exemple : téléphoner, faire la cuisine) [10].

D'autre part, l'évaluation des besoins à visée réglementaire repose sur la grille AGGIR pour Autonomie Gérontolo-

gique Groupe Iso Ressources [11]. Cette grille cherche à définir « le profil de dépendance » d'un sujet donné et est évaluée en termes de niveau de demande de soins requis (Groupe Iso Ressources ou GIR). À l'issue de l'évaluation, la personne se voit attribuer un GIR. En fonction de ce GIR, elle peut ou non bénéficier de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Le GIR 6 correspond aux personnes les plus autonomes pour les actes élémentaires de la vie courante alors que le GIR 1 correspond aux personnes les plus dépendantes pour ces activités. Cette grille n'est pas réalisable en pratique lors de l'expertise mais comporte toutefois un intérêt lorsqu'elle a déjà été remplie et calculée auparavant, d'autant qu'elle n'est pas figée et évolue avec le temps, exposant ainsi à l'expert la dynamique du vieillissement de l'expertisé. En pratique, elle est utilisée par l'équipe médico-sociale APA du département dans le cadre d'une demande d'APA à domicile mais aussi par les évaluateurs des caisses de retraite dans le cadre d'une demande d'aide pour bien vieillir ou par le médecin coordonnateur en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les troubles cognitifs, eux, peuvent être recherchés à l'aide du « test de l'horloge » (dépiste les atteintes visuospatiales et étudie les fonctions exécutives) et des « cinq mots de Dubois » (évalue rapidement la mémoire épisodique verbale lors de la recherche d'une atteinte mnésique dans la maladie d'Alzheimer ou apparentée) [12,13]. La particularité sémiologique du syndrome dépressif chez la personne âgée légitime l'utilisation de l'échelle de la dépression gériatrique (acronyme anglais GDS), disponible en version abrégée de quatre questions ou mini GDS [14,15]. Il s'agit de savoir si le patient se sent souvent découragé et triste, s'il a le sentiment que sa vie est vide ou qu'il est dans une situation désespérée, et s'il se croit heureux. Enfin, un test de performance facilement réalisable au cours de l'examen clinique, le « Get up and Go test », permet d'évaluer « l'autonomie pour les déplacements de base et le risque de chute » [16,17]. On demande au patient de se lever d'une position assise, marcher trois mètres, se tourner et retourner à la chaise pour s'asseoir. Les patients qui passent le test en moins de 20 secondes sont généralement indépendants pour les transferts de base par opposition à ceux le réalisant en plus de 30 secondes.

La spécificité de la personne âgée déjà reconnue par l'expertise assurantielle

Dans leur précis d'évaluation du dommage corporel de 2021, Hélène Béjui-Hugues et Isabelle Bessières-Roques décrivent deux entités syndromiques permettant de prendre en compte l'accélération du processus de vieillissement précédemment décrite dans l'introduction [18].

Premièrement, le syndrome de glissement, concept gériatrique français non reconnu par les Anglo-Saxons, est un état de grande déstabilisation physique et psychique marqué par l'anorexie, l'adipsie, la dénutrition, des troubles digestifs et/ou sphinctériens, un comportement de repli et d'opposition [19,20]. Il est décrit pour la première fois en 1956 par le gériatre Jean Carrié dans sa thèse sur les modes de décès des vieillards à l'hospice. La présentation clinique s'apparente plutôt à un épisode dépressif de type mélanco-

lique mais d'installation très brutale et rapide après un intervalle libre en général inférieur à un mois succédant à une pathologie aiguë ou tout autre facteur stress. Malheureusement le pronostic est très sombre : syndrome spontanément mortel, le décès survient rapidement et dans 80 à 90 % des cas. Selon les études internationales, 1 à 4 % des personnes âgées hospitalisées seraient atteintes d'un syndrome de glissement, sans prédominance de sexe. L'âge très avancé et le lourd passé pathologique constituent le terrain de cette pathologie. La moyenne d'âge serait de 83,4 ans, soit 85,4 ans pour les femmes et 78,5 ans pour les hommes [21].

Deuxièmement, le syndrome de régression psychomotrice ou syndrome post-chute est une complication fonctionnelle aiguë des chutes à l'origine d'une incapacité motrice et/ou cognitive totale ou partielle [22]. Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour la personne âgée. L'expression clinique de ce trouble se traduit par des troubles de la posture, des signes neurologiques (akinésie, hypertonie oppositionnelle, disparition des réactions d'adaptation posturale) et des signes psycho-comportementaux tels que la phobie de la marche, l'apathie et la bradyphrénie [23]. Il correspond à une décompensation des fonctions motrices représentées par la fonction posturale, la marche et les automatismes psychomoteurs liées à un trouble de la programmation de la posture et du mouvement consécutive à une altération des structures sus-corticofrontales [24]. Il affecte aussi bien les hommes que les femmes et la fréquence maximale du syndrome se situe aussi après 80 ans. Il se présente soit sur un mode aigu, soudainement après un événement déstabilisant, soit sous une forme progressive, caractérisée par une démotivation importante.

Quant aux facteurs déclenchants, s'ils sont communs aux deux syndromes, seul le pronostic fonctionnel est envisagé dans le syndrome de régression, et non le pronostic vital, contrairement au syndrome de glissement. L'évolution grâce à la rééducation est favorable dans plus de la moitié des cas alors qu'environ 40 % des patients resteront grabataires.

Ces deux syndromes sont l'expression différente d'une mauvaise adaptation au stress de certaines personnes âgées ou d'un vieillissement pathologique, mais ils ne sont pas toujours présents, loin s'en faut, chez les personnes âgées qui à la suite d'un accident peu grave, une courte période d'hospitalisation ou d'immobilisation, basculent de l'autonomie vers la dépendance vis-à-vis de l'entourage.

Bien qu'ayant reconnu cette spécificité de la personne âgée susceptible de basculer dans la dépendance voire le décès après un stress extérieur sans aucune gravité pour le sujet jeune, les recommandations faites aux experts par les compagnies d'assurances via l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC) ne semblent pas à la hauteur des enjeux. En effet, elles indiquent que l'expert ne doit pas se contenter d'une affirmation d'autonomie préalable à l'accident mais rechercher une dépendance masquée (méconnue ou dissimulée) antérieure aux faits. La mise en évidence du mécanisme conduisant à la perte d'autonomie constitue la pierre angulaire de l'expertise afin de pouvoir différencier les séquelles propres aux lésions traumatiques et chiffrer le déficit fonctionnel qui en résulte. Dans la dernière version du précis d'évaluation du

dommage corporel, du point de vue assurantiel « *l'expert ne doit pas intégrer la perte d'autonomie dans le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique [AIPP ou dorénavant déficit fonctionnel permanent ou DFP] mais, à partir de son enquête sur les conditions de vie préexistantes à l'accident, sur un éventuel état antérieur, il doit donner au juriste tous les arguments médicaux permettant de supputer avec vraisemblance quelle aurait été la durée de l'indépendance en l'absence du fait intercurrent qu'a représenté l'accident* » [18]. Il en résulte que l'indemnisation de la dépendance de la personne âgée sera étudiée selon des critères de durée et de lieux de séjour. Outre que cela transforme parfois l'expert au mieux en statisticien, souvent en prévisionniste, voire en devin (dépourvu de boule de cristal !), le retentissement fonctionnel n'est pas pris en compte : et pourtant cette personne qui marchait est maintenant clouée au lit, ce qui est un retentissement fonctionnel indiscutable. Il nous manque donc des indications sur comment évaluer le taux de DFP imputable dans ce cas particulier.

De plus, ceci est en contradiction avec ce qui était indiqué dans la version de 1982 du barème du Concours Médical qui se confrontait clairement avec la notion d'« *accélération de l'involution sénile* » définie en ces termes : « *Un accident de la voie publique[...] peut provoquer, chez un sujet âgé, une accélération nette et brutale de l'involution sénile[...] réalisant un glissement qui aboutit à la nécessité d'un placement en milieu institutionnel. Le rôle de l'accident doit être retenu dans la mesure où celui-ci a été à l'origine de cette accélération. L'invalidité constatée ne peut être considérée comme imputable in globo[...] Ce n'est que si cette accélération n'a été que passagère et a abouti à une relative stabilisation[...] qu'il peut être justifié de retenir un taux d'incapacité permanente[...] après étude complète de la vie sociale du sujet avant l'accident et des conditions de son placement[...] de 10 à 30 %* » [25].

Si sa disparition dans les éditions ultérieures du barème du concours médical est due à la volonté délibérée de sacrifier l'abord fonctionnel à la plus simple et reproductible évaluation anatomique, l'on comprend mal qu'un barème à l'idéologie différente, tel que celui des éditions ESKA, ait totalement méconnu cette situation loin d'être exceptionnelle et même, comme nous avons dit plus tôt, très probablement appelée à être de plus en plus fréquente [26].

Une décision de la Cour de cassation datant de 1993 reprend le concept de l'AREDOC en imputant à l'accélération du processus de vieillissement un syndrome de glissement : blessée après un accident de la voie publique, une femme de 79 ans ne peut retrouver son autonomie et meurt un an après l'accident [27]. La cour d'appel de Reims avait, en 1991, statué sur le préjudice moral des ayants droit tout en retenant que l'accident a été la cause directe de l'accélération du processus de vieillissement qui a mené la victime au trépas. Le conducteur s'est pourvu en cassation en justifiant que le décès était dû uniquement à la vieillesse et donc non imputable à l'accident. La Cour de cassation a confirmé que « *l'accident a entraîné pour Mme Z... une rupture totale avec son milieu de vie, une perte d'autonomie et une accélération du processus de vieillissement qui se sont traduits par un syndrome de glissement, cause directe du décès* » et a retenu son imputabilité.

Mais ce pourvoi n'apporte aucune réponse à l'expert médical qui, confronté à cette situation probablement appelée à être de plus en plus fréquente, demeure totalement démuni pour répondre au dilemme que nous avons posé en introduction : comment répartir équitablement ce déficit fonctionnel permanent et dépendance constatés (qui sont relativement importants) après l'accident, autrement dit quelle est la part imputable à l'état antérieur (constitué par l'âge avancé et une éventuelle dépendance) et au fait causal (relativement bénin par rapport à l'état clinique constaté) ?

Propositions pratiques pour une application du concept d'accélération du processus de vieillissement en expertise

En prenant l'exemple le plus simple à savoir celui où le fait causal est un traumatisme, le but de l'expertise en cas de perte d'autonomie chez une personne âgée peut être posé, en théorie, comme suit :

- identifier un état antérieur s'il existe (si symptomatique) et le quantifier a posteriori en établissant un taux de DFP. Les outils précédemment décrits (grille AGGIR et autres) peuvent être utiles ;
- évaluer l'état actuel en déterminant à la fois le DFP et la tierce personne nécessaire (spécialisée ou non, nombre d'heures par jour ou par semaine) ;
- déterminer, tant que faire se peut, le DFP « habituel » (statistiquement le plus probable) lorsque le même fait traumatique, la même lésion anatomique, surviennent chez un sujet jeune (« non vieux ») ;
- la détermination de l'accélération du processus de vieillissement consiste d'abord à quantifier un DFP, par définition inférieur à celui reflétant l'état actuel, mais supérieur à celui survenant chez un sujet jeune ayant subi un traumatisme identique. C'est ce DFP qui sera considéré comme imputable ;
- cela permet de déterminer un ratio (DFP imputable sur DFP constaté le jour de l'expertise) applicable à la détermination de la tierce personne imputable.

Tout le problème est bien évidemment de proposer une méthode valide et le plus reproductible possible permettant de calculer le DFP imputable ; pour ce faire un cas pratique est indispensable.

Nous prendrons comme exemple le cas d'un homme de 80 ans vivant jusqu'alors seul dans son domicile en rez-de-chaussée d'une rue d'un village et bénéficiant uniquement de quatre heures de tierce personne par semaine pour effectuer certains travaux ménagers. Renversé par le rétroviseur d'un chauffeur-livreur alors qu'il marche sur le trottoir, il présente une fracture du fémur opérée avec succès par mise en place d'une prothèse totale de hanche. Lorsque l'expert l'examine un an après, il est grabataire, séjournant dans un établissement de type EHPAD, avec une hanche dont la radiographie montre que le matériel prothétique est en place ; l'examen clinique montre une réduction minime de la mobilité de la hanche opérée. Chez un sujet jeune, le DFP serait de l'ordre de 5 % sans aucune tierce personne à titre

définitif. La situation constatée le jour de l'expertise par l'expert correspond par contre à un DFP de 90 % et, de façon théorique, à une nécessité d'une tierce personne 24 heures sur 24 pour surveillance et soins de nursing, sans oublier les soins infirmiers, ce qui n'est pas la question ici en raison de l'hébergement en EHPAD et non une résidence au domicile.

Bien évidemment il n'est pas question ici d'imputer 90 % de DFP à une fracture de hanche. Par contre, si l'on se base sur les recommandations de l'AREDOC, il faudrait que l'expert soit en mesure de pouvoir déterminer combien de temps cet homme serait demeuré indépendant s'il n'avait pas eu d'accident.

À ce jour nous ne voyons pas comment cela peut être déterminé de façon fiable et reproductible, ce qui met expert et régleur dans une situation où le préjudice est non quantifiable. Le barème du concours médical de 1982, proposait une majoration du DFP de 10 à 30 % au titre de l'accélération du processus de vieillissement. Si cette proposition a été faite à ce moment-là, c'est qu'elle correspondait et répondait déjà à un besoin et qu'elle avait été considérée par certains comme pragmatique et applicable. Par contre, aucune indication ne nous était fournie pour choisir une valeur entre 10 et 30 %.

En prenant modèle de ce qui se fait pour le retentissement professionnel et les activités de loisirs (non quantifiables en pourcentage en droit commun), l'on pourrait attendre de l'expert une simple classification, c'est-à-dire qu'il indique que pour ce traumatisme donné l'impact sur la dépendance constatée au jour de l'expertise a été inexistant, faible, moyen, important ou majeur.

Nous pourrions alors proposer, à partir des données du barème de 1982, les majorations suivantes :

- de 0 à 10 % en cas d'impact nul à minime sur la dépendance ;
- de 10 à 20 % en cas d'impact faible à moyen ;
- de 20 à 30 % en cas d'impact important à majeur.

Comme indiqué plus haut, la quantification de la tierce personne serait établie en faisant le ratio DFP dû à l'accélération du processus de vieillissement sur le DFP actuel (résultant de l'état antérieur et du traumatisme).

Pour illustrer la tierce personne ici, nous considérerons que l'expertisé réside à son domicile. Ainsi, en prenant l'exemple indicatif de 20 % de DFP pour l'accélération du processus de vieillissement (traumatisme ayant eu un impact important à majeur) et 90 % de DFP avec 24 heures de tierce personne par jour constaté le jour de l'expertise (personne quasi grabataire) : un quart (24/4) du nombre d'heures de la tierce personne soit six heures serait retenu comme imputable. Dans le cas présent, pour une personne ayant été amenée à résider en EHPAD, la question plus générale serait de savoir quelle part du coût global de l'EHPAD est imputable à l'accident, autrement dit quelle proportion du coût de séjour devrait être pris en charge par l'assurance de l'expertisé.

Nous sommes bien conscients que cet abord pourrait paraître « bricolé », artisanal et donc éminemment discutable. Mais n'est-ce pas souvent le cas dans l'évaluation du dommage corporel, avec de nombreux chefs de préjudice évalués et quantifiés selon des méthodes sans aucun rapport

avec l'evidence-based medicine, mais reposant plus sur un usage coutumier, néanmoins efficace et fonctionnel. En effet dans notre domaine l'usage et le pragmatisme l'emportent. La nécessité joue également un rôle majeur.

Or il nous semble tout à fait nécessaire de considérer ce préjudice très particulier relatif à la personne âgée sous peine de ne pas respecter au moins deux principes : celui qu'il faut se plier au principe de réalité qui est l'accroissement du nombre de personnes âgées et que toute personne, fût-elle âgée, doit bénéficier du principe d'équité.

Conclusion

En l'absence de solution actuellement existante permettant de quantifier les préjudices d'après nous spécifiques relatifs à l'accélération du processus de vieillissement, nous avons proposé des solutions pratiques pour pouvoir utiliser un outil du barème du concours médical de 1982 et pouvant s'appliquer au DFP imputable ainsi qu'à la tierce personne. Nous sommes évidemment conscients des limites et des défauts de cette proposition mais qui a d'après nous pour principaux mérites d'être simple et immédiatement utilisable et de combler une lacune dans les méthodes actuelles d'évaluation du dommage corporel. Nous espérons par ce travail susciter une discussion constructive car nécessaire.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] « Espérance de vie à divers âges et taux de mortalité infantile, France métropolitaine » Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques; statistiques de l'état civil et estimations de population; 2020. Disponible sur le site de l'INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6037739/>.
- [2] « Vieillesse et santé » Organisation Mondiale de la Santé; 2021. Disponible sur le site de l'OMS <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health/>.
- [3] Sarafian P. Aspects médico-légaux de l'évaluation du dommage corporel chez la personne âgée présentant, au moment de la survenance du dommage, un trouble neurocognitif majeur de type maladie d'Alzheimer [mémoire]. Paris: CAPEDOC; 2020: 1–74.
- [4] Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? *Rev Prat* 1984;34:888–92.
- [5] Organisation Mondiale de la Santé, Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. OMS;2016.
- [6] Briand M, De Nadaï T, Balardy L, Rolland Y, Nourhashemi F, Sourdet S, et al. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. *Rev Prat* 2020;70:e97–105. PMID: 32877080.
- [7] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9:387–90.
- [8] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–56. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.

- [9] Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC, et al. Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist* 1970;10:20–30. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/10.1.Part.1.20>.
- [10] Lawton M, Brody EM, et al. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179–86 [Disponible sur le site <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/iadl>].
- [11] « Grille nationale AGGIR et son guide de remplissage » Code de l'action sociale et des familles, annexe 2-1. Version en vigueur depuis le 11 mai 2017. Disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537.
- [12] Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc* 1989 [Disponible sur le site <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/horloge/>].
- [13] Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B, et al. "The 5 words": a simple and sensitive test for the diagnosis of Alzheimer's disease. *Presse Med* 2002;31:1696–9 [Disponible sur le site <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/5mots/>].
- [14] Greenberg SA. How to try this: the Geriatric Depression Scale: Short Form. *Am J Nurs* 2007;107:69–70. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000292204.52313.f3>.
- [15] « Détecter rapidement la dépression chez les personnes âgées de plus de 75 ans, le Geriatric Depression Scale » Maeker B, Maeker F. Disponible sur le site <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/depression>.
- [16] Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>.
- [17] « Le TUG, Timed Up and Go test pour évaluer le risque de chute » Maeker B, Maeker F. Disponible sur le site <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/tug>.
- [18] Béjui-Hugues H, Bessières-Roques I, Brémond G. Précis d'évaluation du dommage corporel. In: Collection Les Fondamentaux de l'Assurance. 7e éd, Argus de l'assurance; 2021.
- [19] Weimann Péru N, Pellerin J. « Syndrome de glissement »: clinical description, psychopathological models, and care management. *Encéphale* 2010;2:D1–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.006ssss>.
- [20] Bazin N. The slipping syndrome. *La Revue de gériatrie* 2007;32:82–5.
- [21] Khater M, Richa S, Stephan E. Failure to thrive, NPG. *Neurol Psy Gér* 2005;5:44–9. [http://dx.doi.org/10.1016/S1627-4830\(05\)82592-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1627-4830(05)82592-9).
- [22] Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology* 1982;28:265–70. <http://dx.doi.org/10.1159/000212543>.
- [23] Leroux Ph, Laurent M, de la Fournière M, Konrat A. Le syndrome de glissement. *Concours méd* 1990;112:2831–3.
- [24] Manckoundia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Psychomotor disadaptation syndrome. *Rev Med Interne* 2007;28:79–85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rev-med.2006.09.026>.
- [25] Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun, 1ère édition, Le concours médical. 1982.
- [26] Barème d'évaluation médico-légale, 4ème édition, Société de Médecine Légale et de Criminologie de France, éditions ESKA. 2000.
- [27] Pourvoi n° 91-14.724 de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, 20 janvier 1993. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007173861/>.